

9. Основы психофизиологии: Учебник. / Отв. ред. Ю.И. Александров. М.:ИНФРА-М, 1997. 432 с.
10. Папушек Х., Папушек М., Солоед К. Значение невербального общения в младенческом возрасте для психического развития // Психологический журнал. М., Наука, 2000, Т.21, №3, С. 65-72.
11. Популярная психология для родителей / Под ред. А.С. Спиваковской. СПб.: Союз, 1997. 304 с.
12. Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии. М., «Школа-Пресс», 2002, № 6, С.15-23.
13. Самоукина Н.В. Симбиотические аспекты отношений между матерью и ребенком // Вопросы психологии. М., «Школа-Пресс», 2000, №3, С.67-81.
14. Сергиенко Е.А. и др. Развитие психических функций у детей с ретинопатией недоношенных в течение первого года жизни // Профилактика и лечение ретинопатии недоношенных. Материалы симпозиума. Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца. М., 2000. 128 с.
15. Сергиенко Е.А., Строганова Т.А., Ильякова Л.А. Ранняя зрительная депривация: нарушение зрительных функций или изменение психофизиологического развития? // Психологический журнал. М., Наука, 1993, Т.14, №5, С. 48-66.
16. Система организации помощи и коррекционно-обучающие технологии для детей дошкольного возраста с челюстно-лицевой патологией: монография. Екатеринбург: Изд-во «Бонум», 1999. 188 с.
17. Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения // Вопросы психологии. М., «Школа-Пресс», 2000, №3, С.3-13.
18. Цетлин М.М., Строганова Т.А. Особенности темперамента детей первых лет жизни, перенесших раннюю зрительную депривацию // Вопросы психологии. М., «Школа-Пресс», 1997, №2, С.34-47.

*С.И. Блохина, Е.С. Набойченко*

### **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА**

Ведущим показателем психологического здоровья, по данным ВОЗ, является социальная адаптация человека в обществе. У большинства детей и подростков с нарушениями слуха различной степени отмечается неспособность своевременно и успешно усваивать необходимые

социальные роли. В силу этого проблема коррекции и развития эмоциональных механизмов у данной группы пациентов в плане усиления их адаптивности, становится одной из центральных проблем в системе комплексных реабилитационных мероприятий. Отсутствие привычных социальных контактов, неустойчивость эмоциональной сферы ведут к нарушению психической деятельности у ребенка, способствуют возникновению состояния социальной депривации, клинические особенности которой мало изучены.

Проблема эмоциональной неустойчивости у детей с нарушениями слуха и, как следствие, социальная дезадаптация, отягощенная сенсорной депривацией, является актуальной для коррекционной педагогики, социальной и личностной психологии и, в конечном итоге, определяет качество жизни данных пациентов. Следует констатировать, что психологу необходимо правильно оценивать адаптационные резервы, так как различного рода перемены в жизни ребенка могут сопровождаться нарушением регуляции, сильным эмоциональным напряжением, ощущением дискомфорта, а приобретение новых навыков реагирования на внешнее воздействие связано со значительными энергетическими тратами и эмоциональными перегрузками. Хотелось бы подчеркнуть, что процесс адаптации запускается автоматически, как следствие внешних изменений, и совершается независимо от того, принимает ли сам индивид в нем активное участие или нет. В этом случае важно знать эмоционально-энергетические особенности ребенка и, что очень существенно, степень сбалансированности эмоционального реагирования. При тенденции к доминированию отрицательных эмоций, повышенной тревожности, страхах у ребенка происходит фиксация на трудностях и неудачах, активность парализуется, и адаптация замедляется.

Целью работы было исследование особенностей эмоциональной сферы 46-ти детей с нарушением слуха младшего школьного возраста (7-9 лет), находящихся на диспансерном учете в Областном сурдологическом центре НПРЦ «Бонум» с 4-х – 5-ти лет.

Психологами отмечено, что особенности характера у детей с дефектом слуха формируются в сложных условиях преодоления трудностей при коммуникациях с окружающими людьми. Замедленное овладение устной речью у таких детей затрудняет полноценное общение, задерживает понимание человеческих отношений и формирование мировоззрения. Часто ребенок с нарушением слуха стремится к уединению, проявляет замкнутость. При этом развитие психики и формирование сложных социально-личностных отношений начинаются со значительным опозданием. Так, только к 12-13-летнему возрасту появляется достаточно четкая самооценка и осознание своего физического

дефекта, что приводит к формированию «комплекса неполноценности» и другим психогенным реакциям. Понимая, что психологические аспекты личности детей с нарушениями слуха мало изучены, мы провели свои исследования (1999 - 2002 гг.) личностных особенностей пациентов.

Для изучения тревожности, самооценки, уровня социальной адаптации использовались проективные методики, так как контакт с детьми, имеющими патологию слуха, затруднен из-за отсутствия их подготовки к вербальному общению.

Характеристики уровня самооценки составлялись по методу Щур «Лесенка». В инструкции ребенку предлагалось нарисовать человека "на лесенке", где верх занимают хорошие дети, а внизу лесенки - плохие.

Полученные данные позволили разделить обследуемых детей на три группы:

- дети с высоким уровнем самооценки (80%);
- дети с адекватной самооценкой (15%);
- дети с низким уровнем самооценки (5%).

Анализ результатов констатирует, что дети с нарушением слуха в основном неадекватно оценивают себя, завышая тем самым свой уровень. Такое самоопределение себя в обществе вполне характерно для детей данного возраста.

При этом проведенное исследование дополнительно регистрирует повышенную гиперопеку со стороны взрослых (родителей, родственников, специалистов центра, педагогов), что в дальнейшем отрицательно сказывается на устойчивости эмоционально-волевой сферы, а это, в свою очередь, отражается на процессе адаптации в социуме и развитии патохарактерологических особенностей.

Далее, при исследовании уровня личностных переживаний в указанной группе пациентов использовался рисуночный тест «Несуществующее животное», где ребенку предлагали лист бумаги белого цвета, простой карандаш, резинку и цветные карандаши. Экспериментатор давал инструкцию: «Придумайте и нарисуйте *несуществующее* животное и назовите его *несуществующим* названием».

Детальный анализ результатов теста позволил выделить следующие элементы психического состояния 46-ти исследуемых:

- рефлексия - 47,6%;
- тенденция к деятельности - 66,1%;
- несформированность суждений - отмечалась у 75,6%;
- импульсивность - в 67,2% случаев;
- рациональное суждение - 35,6%;
- подчеркивание половой принадлежности - 27,5%;

- уровень тревожности: скрытая тревожность отмечалась в 36,7% случаев, высокая - 68,9%, резко выраженная - 11,2%;
- контроль над своим поведением - 43%;
- самооценка - нормальный уровень самооценки отмечался у 34% исследуемых детей, высокая у 61%, низкая у 5%;
- агрессия (стремление к самозащите) - 91,6%;
- эмоциональная незрелость - 86,3%;
- самоутверждение в обществе - 64,2%;
- творческое мышление - оригинальность в мышлении была отмечена в 15,5% случаев; преобладающий тип мышления - недостаточно развит и банален - 84,9%;
- энергетический потенциал - высокий у 35%; средний - в 25% случаев; низкий - под влиянием определенных заболеваний соматического характера - отмечался у 40%;
- эмоциональная депривация - у 29,2% детей;
- стремление к положительной оценке себя со стороны окружающих отмечалось в 85,1% случаев.

По полученным данным видно, что дети с нарушениями слуха в обследуемой группе стремятся найти свое место в социальной среде. Высокий уровень их тревожности отражает внутренние переживания в системе взаимоотношений с окружающими детьми и взрослыми по структуре «внешней» оценки (внешний вид, манера общения, манера речи и т.д.). При этом мы вынуждены констатировать, что в связи с несформированностью эмоциональной сферы отмечается импульсивность в действиях у этих детей и непредсказуемые ответные реакции. Необходимо учитывать, что часть детей пользуется слуховым аппаратом (42%), наличие которого мешает им в активной коммуникации с социумом и тем самым усиливает агрессивность их поведения. Отсюда появляется желание снять этот аппарат, отказаться от его ношения. В случае наличия интеллектуальной недостаточности в анамнезе агрессивность значительно увеличивается, и отказ от слухового аппарата фиксируется значительно чаще (в 2 раза), чем в группе детей с нормальным интеллектом. Такая позиция ребенка усиливает ответственность специалистов - врачей, педагогов, родителей - за воспитание у ребенка мотивации к постоянному пользованию аппаратом как неотъемлемой составляющей жизни маленького пациента.

Желание быть понятыми и понимать, о чем говорят окружающие, часто вызывает тревогу и стремление к защите от внешних воздействий путем агрессивного поведения. Для исследования тревожности у детей в работе был использован тест Тэммл-Дорки-Амен, который может служить не только индикатором общего эмоционального состояния пациента, но и

позволяет определить источник его напряженности. Данный тест широко используется нами в работе с детьми в виде двух наборов картинок: для мальчиков и для девочек. При этом инструкция озвучивается следующим образом: «Художник нарисовал картинки, но забыл нарисовать лицо. Посмотри, что здесь происходит, и скажи (или покажи), какое бы ты поставил личико: веселое или грустное?»).

Если у ребенка диагностирован средний уровень тревожности, то это обстоятельство не вызывает серьезных причин для беспокойства. Если же констатирована повышенная тревожность, то это говорит о присутствии какого-то «беспокоящего» фактора, которому ребенок вынужден противостоять. Действие «беспокоящего» фактора пока ограничено и еще не определяет общего самочувствия ребенка, но уже можно предполагать наличие напряжения в тех ситуациях взаимодействия, в которых раньше он хорошо себя чувствовал.

Высокая тревожность, диагностируемая у обследуемых, свидетельствует о том, что ребенок не может адекватно справляться с возникшими жизненными трудностями и находится в состоянии эмоциональной дестабилизации.

В результате обработки полученных материалов 46-ти обследуемых выяснилось, что 35% детей не испытывают тревоги, 40% - имеют средний уровень тревоги, 25% - испытывают высокий уровень тревоги. Анализируя полученные данные, можно отметить, что у детей с нарушением слуха наблюдается неустойчивость эмоционально-волевой сферы, её незрелость, повышенный уровень тревожности с тенденцией увеличения в зависимости от ситуации, а также высокий уровень самооценки, часто неадекватный, с преобладанием положительных эмоциональных установок на сотрудничество.

Таким образом, необходимо подчеркнуть важность раннего комплексного междисциплинарного лечения и обучения детей с нарушениями слуха для преодоления задержки умственного и эмоционального развития в условиях высокоспециализированных центров, групп дневного пребывания детского сада с акцентом на индивидуальные занятия с сурдопедагогом и психологом. Коррекция и компенсация, в данном случае, возможны только при постоянном расширении зоны ближайшего развития, но необходимо помнить, что принципы и психологические механизмы воспитания и реабилитации пациентов должны быть максимально приближены к программам развития здоровых детей.